



Prezado paciente,

Instruções sobre o requerimento

Se você deseja se inscrever no Programa de Assistência Financeira da Providence Health Services, preencha e envie o Requerimento anexo. Se você tiver alguma dúvida, um representante de Assistência Financeira poderá ajudá-lo; basta ligar para 800-566-5050.

ELEGIBILIDADE

Para se qualificar para a Assistência Financeira, observe o seguinte:

- Um Requerimento para ajuda local, estadual ou federal pode ser necessário.
- **A renda familiar deve ser verificada. Forneça uma comprovação da renda familiar. (Comprovantes de devolução de imposto e/ou de pagamento recentes) Se você não tiver renda, forneça uma declaração explicando como é apoiado financeiramente.**
- Outras fontes de renda também devem ser relatadas e incluem: pensão para filhos, pensão alimentícia, indenização de trabalhadores, assistência pública, renda de autônomo e seguro-desemprego.

A Assistência Financeira não está disponível para:

- Itens pessoais, por exemplo, despesas com televisão.
- Serviço que não seja clinicamente necessário, incluindo procedimentos estéticos e tratamentos de infertilidade
- Serviço coberto pelo convênio em outra rede de assistência à saúde.
- Produtos farmacêuticos de venda livre.

A determinação da Assistência Financeira será somente aplicável ao episódio de assistência para o qual este Requerimento está sendo preenchido.

Envie pelo correio o requerimento preenchido e a documentação para:

Representante de assistência financeira do NRSC
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

Envie por fax o requerimento preenchido e a documentação para:

(317) 583-2753 A/C: Representante de assistência financeira do NRSC

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o nosso Centro de Atendimento ao Cliente em 800-566-5050 Segunda a sexta-feira das 8:00 às 13:45 e das 14:30 às 16:00, fuso horário padrão do leste americano.



REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

INFORMAÇÕES DO PACIENTE (EM LETRA DE FORMA)				Número da conta	
Nome do paciente:	Data de nascimento	Estado civil	Sexo		No. de telefone
Endereço:	Cidade	Estado	CEP		Endereço de e-mail:
Número do Seguro Social (SSN):	Empregador		Período integral Meio período		Quantas h/semana
Endereço do empregador:	Cidade	Estado	CEP		No. de telefone

INFORMAÇÕES SOBRE AS PARTES RESPONSÁVEIS

Nome <small>Mesmo acima</small>	Data de nascimento	Estado civil	Sexo	No. de telefone
Endereço:		Estado	CEP	Endereço de e-mail
Número de identidade	Empregador		Período integral Meio período	Quantas h/semana
Endereço do empregador	Cidade	Estado	CEP	No. de telefone

INFORMAÇÕES SOBRE A PARTE RESPONSÁVEL – CÔNJUGE

Nome do cônjuge	Número do Seguro Social (SSN):	Data de nascimento
Empregador do cônjuge:	Endereço:	Cidade Estado CEP No. de telefone

DEPENDENTES:

Nome	Idade	Relação	Nome	Idade	Relação

RENDA MENSAL BRUTA			DESPESAS MENSAIS COM MORADIA		Pagamento	Saldo
Renda obtida pelo requerente	_____		Hipoteca/aluguel	_____		
Renda do cônjuge do requerente	_____		Eletricidade	_____		
Benefícios da segurança social	_____		Gás	_____		
Renda de pensão/aposentadoria	_____		Telefone	_____		
Seguro desemprego	_____		Água	_____		
Indenização do trabalhador	_____		Compras de mercado	_____		
Renda com juros/dividendos	_____		TV a cabo	_____		
Pensão para filhos	_____		Pagamento de carro	_____		
Pensão alimentícia	_____		Celular	_____		
Renda com aluguel de imóveis	_____		Creche	_____		
Ajuda alimentícia	_____		Pensão para filhos/alimentícia	_____		
Outros	_____		Medicamentos prescritos	_____		
Outros	_____		Cartões de crédito:			
RENDA BRUTA TOTAL:	_____		1.	_____		
			2.	_____		
			3.	_____		
ATIVOS			Outra conta médica/ hospitalar:			
Dinheiro disponível em espécie	_____			_____		
Poupança	_____			_____		
Conta corrente	_____			_____		
Certificados de depósito	_____			_____		
Valores mobiliários	_____			_____		
Seguro de vida	_____			_____		
Outros imóveis	_____			_____		
Outros	_____			_____		
Veículo/marca e modelo:	Ano	Valor	Despesas com seguro:			
			1. Automóvel	_____		
			2. Propriedade	_____		
			3. Seguro médico/de vida	_____		
			Outros pagamentos de empréstimos:			
			1.	_____		
			2.	_____		
			Outros pagamentos mensais:			
			COBRA	_____		
			seguro de vida	_____		
			3.	_____		
VALOR TOTAL DOS ATIVOS:	_____		TOTAL DE DESPESAS MENSAIS:	_____		

COMENTÁRIOS: _____

Certifico, por meio deste documento, que as informações acima são verdadeiras e completas ao meu conhecimento. Autorizo, por meio deste documento, o hospital a obter informações de agências externas de crédito, se o hospital considerar isso necessário.

Data

Assinatura do paciente, do cônjuge, fiador ou representante legal

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
FINANCEIRA DA PROVIDENCE HEALTH SERVICES

CERTIFICAÇÃO

Minha assinatura neste formulário certifica que todas as declarações são verdadeiras ao meu conhecimento e que eu revelei todos os fatos relativos às minhas finanças. Eu entendo e reconheço que qualquer deturpação das minhas finanças em associação a este Requerimento ou qualquer omissão em cooperar com os esforços para me qualificar para programas que podem cobrir o custo da minha assistência (por exemplo, Medicaid, reivindicação por lesão pessoal, indenização do trabalhador) pode invalidar qualquer prêmio de Assistência Financeira e que eu serei financeiramente responsável pelos serviços prestados. Concordo em permitir que a Providence Health Services ou seus representantes solicitem e analisem um relatório sobre meu crédito e tomem outras medidas razoáveis para validar todas as informações fornecidas.

Entendo que, se eu me qualificar para a assistência financeira parcial, serei responsável pelo pagamento da parte restante da minha conta.

Declaração referente à receita bruta (antes de impostos e retenção)

Renda anual total da minha residência (adicione as Colunas Anuais do Paciente e do Cônjuge do outro lado e anote o total abaixo):

Declaração referente à falta de renda

Descreva brevemente sua situação financeira/de vida e por que você precisa de assistência financeira para sua(s) despesa(s) médica(s).

Assine abaixo:

Paciente/responsável (Data)